Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok II. Luty 1930 Nr 2.

Pielęgniarka Polska Nr 2

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr 2

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:
KRAKÓW, UL. ŚW. KRZYŻA L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Pojedyńczy num. 1 zł.

W Ameryce rocznie $1\frac{1}{2}$ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń $\frac{1}{4}$ str. 25 zł., $\frac{1}{2}$ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

OD ADMINISTRACJI!

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu „Pielęgniarki Polskiej", prosimy o podawanie **wszelkich zmian adresów,** jako też dokładne podawanie tychże, dla nowych abonentów.

Rok II. Luty 1930 Nr. 2.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ, JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ I WANDY LANKAJTESÓWNY.

Opieka społeczna nad matką i dzieckiem kiłowem u nas i zagranicą

(Ciąg dalszy)

Pierwsze kroki w dziedzinie zapobiegania kile wrodzonej i roztoczenia niejakiej opieki społecznej nad matką i dzieckiem kiłowem, były przedsięwzięte dopiero u schyłku wieku XVIII. Francji należy przyznać zasługę otwarcia pierwszego zakładu leczniczego dla dzieci kiłowych (r. 1780) p. n. „L'Hospice de Vaugirard“ w Paryżu, w którym lekarze Colombiez i Faguer leczyli niemowlęta kiłowe, stosując kurację rtęciową ich matkom lub mamkom karmiącym. Powyższy system leczenia był stosowany w nadziei, że rtęć z ustroju matek lub mamek karmiących przedostaje się wraz z pokarmem do ustroju dziecka. „Wyniki takiego systemu leczenia okazały się niewspółmiernie małe z kosztami, łożonemi na leczenie“ — czytamy w sprawozdaniu Dra Doublet do wydziału szpitalnictwa. Doublet miał słuszność, bo z 1.950 dzieci, przebywających w zakładzie de Vaugirard w okresie 1780—1790, zaledwie 22% osiągnęło wiek dwuletni.

Nie bacząc na niepomyślne wyniki lecznicze metody Colombiez i Faguer'a, Bertin, kierownik zakładu po śmierci Doubleta, na podstawie swego dwudziestosiedmioletniego doświadczenia w zakresie kiły wrodzonej, wyraża pogląd na istotę walki z tą klęską tak trafny i głęboki, że zasługuje na uwagę naszą w swej zasadzie ciągłości, czyli integralności leczenia kiły wrodzonej. Otóż Bertin zdawał sobie całkowicie sprawę z tego, że dzieci, leczone przez niego w zakładzie, opuszczały mury zakładu niezawsze wyleczone, ponieważ objawy kiły wracały u nich w tej samej lub innej postaci klinicznej. Bertin wyraża ubolewanie, że nie mógł obserwować dłużej tych dzieci, gdyż po powrocie do swych domów rodzinnych, częstokroć na głuchej prowincji, dzieci te znikały mu z oczu.

Okoliczność powyższa była widocznie przyczyną, że Bertin marzył o stworzeniu zakładu leczniczego, gdzie dzieci kiłowe mogłyby przebywać przez szereg lat i być obserwowane przez tych samych lekarzy, którzy je leczyli w ciągu pierwszego roku życia. Marzenia Bertin'a ziściły się w istocie po upływie 90 lat z chwilą, kiedy Edward Welander otworzył w roku 1900 w Sztokholmie pierwsze schronisko dla dzieci kiłowych (Lilla Hemmet), które pod nazwą „Asile Welander" stało się wzorem schronisk dla dzieci kiłowych w Kopenhadze, Chrystjanji, Berlinie oraz w Montgeron pod Paryżem (1924).

Schronisko Lilla Hemmet, otwarte w pobliżu szpitala św. Jerzego, rozporządzało początkowo miejscem dla 10 dzieci, w r. 1910 zbudowano nowe schronisko na 50 łóżek. Do r.1925 przyjęto ogółem do zakładu 231 dzieci. Welander, przed przyjęciem dziecka do swego zakładu, poddawał je gruntownej kuracji przeciwkiłowej na oddziale wenerycznym szpitala św. Jerzego, którego był ordynatorem. W zasadzie do Lilla Hemmet Welander nie przyjmował dzieci przed ukończeniem I-go roku życia. Po przejściu kuracji podstawowej, dzieci są umieszczane w zakładzie, gdzie otrzymują leczenie uzupełniające i zapobiegawcze. Dzieci do piątego roku życia pozostają pod opieką pielęgniarek, dzieci zaś starsze uczą się w zakładzie pod kierunkiem wychowawczyni lub chodzą do pobliskiej szkoły powszechnej. Starsze dzieci — sieroty — zostają oddane pod opiekę uczciwych rodzin bezdzietnych, lecz są sprowadzane przez przybranych opiekunów do kontroli lekarskiej co rok lub dwa lata. Na koszty przejazdu do zakładu i z powrotem, zarząd zakładu wypłaca opiekunom 10 koron. Dzieci w zakładzie są badane przez specjalistę 3 razy tygodniowo oraz ważone co tydzień. Powstrzymanie przyrostu wagi lub jej spadek powoduje interwencję lekarską.

Idąc za przykładem Welandera, Eric Pontoppidan zakłada w r. 1905 schronisko dla 10 dzieci (Lillehjem) w willi w Taastrup w pobliżu Kopenhagi. Do zakładów w Sztokholmie i Kopenhadze przyjmowano dzieci bardzo młode, nie troszcząc się o dzieci starsze, dotknięte kiłą. W ciągu lat 10 (1905—1915) do zakładu w Kopenhadze ogółem przyjęto 52 dzieci, z których zmarło 18, czyli 29%.

Ponieważ akcja Welandera miała na widoku tworzenie schronisk dla dzieci kiłowych młodocianych, przeto Najwyższa Rada Opieki nad dzieckiem w Danji tworzy w r. 1909 schronisko dla starszych dzieci kiłowych, w którem w ciągu lat 15 przebywało 48 dzieci, należących do wszystkich grup wieku, z tych zaś 20 przebywało do czasu pierwszej komunji.

W r. 1914 otwiera Prof. Ehlers (prezes duńskiego T-wa walki z chorobami wenerycznemi) na Bispebjörg'u w pobliżu Kopenhagi wielkie schronisko dla dzieci kiłowych (Welander Hemmet) na 50 łóżek (dla trochę starszych dziewcząt). Schronisko to uzyskało bezpłatnie teren od magistratu m. Kopenhagi, fundusz zaś na budowę gmachu uzyskał ze składek publicznych komitet organizacyjny pań, pozostający pod protektoratem królowej. Od matek nieco zamożniejszych pobiera się opłatę za pobyt i leczenie dzieci w schronisku, koszty utrzymania sierot są pokrywane z funduszów rządowych i komunalnych, ponieważ zakład uzyskał równouprawnienie urzędowe ze szpitalami dla chorych wenerycznych.

W roku 1924 otwarto w schronisku na Bispebjörg oddział obserwacyjny dla dzieci matek, dotkniętych kiłą świeżą. Dzieci te, jeśli nie zdradzają

po urodzeniu objawów kiły i dodatniego odczynu Wassermanna w krwi pępowinowej, poddaje się obserwacji czteromiesięcznej, by po stwierdzeniu braku kiły, oddać było można dziecko do karmienia mamkom, jako wolne od kiły (zgodnie z ustawą duńską z dnia 30. III. 1906).

Działalność Welandera znalazła rychło naśladownictwo w Norwegji i Szwecji.

W Norwegji Dr. Kristian Grön, lekarz naczelny szpitala w Ullevaal, otwiera w r. 1912 schronisko typu Welandera pod nazwą „Veslehjemmet". Od roku 1912 do r. 1922 znalazło w niem opiekę 83 dzieci, z których zmarło 7 (8.4%). Pozatem podobne schronisko otwarto w Sandviken (fundacja magistratu miasta Bergen w r. 1917) oraz w Trondhjem w tymże roku (własność magistratu miasta tejże nazwy).

W Szwecji schronisko typu Welandera istnieje od r. 1917 (Göteborg), do r. 1926 przebywało w niem 126 dzieci (schronisko to ma 48 łóżek dla niemowląt i dzieci starszych i jest subwencjonowane przez rząd i magistrat) — oraz od r. 1922 w Malmö.

Jakież są wyniki metody Welandera pod względem walki z kiłą wrodzoną?

Otóż w r. 1925 Dr. Karol Marcus, lekarz naczelny szpitala św. Jerzego w Sztokholmie, podaje następujące dane, tyczące losu 231 dzieci, wychowanków schroniska „Lilla Hemmet".

Z ogółu 231 dzieci zmarło 32 jeszcze w czasie pobytu w zakładzie z powodu różnorodnych przyczyn niekiłowych, a autopsja nie wykazała w żadnym przypadku makroskopowych zmian kiłowych.

Z pozostałych 174 dzieci, które opuściły schronisko, 16 dzieci stracono z obserwacji dalszej. Z pozostałych 158 dzieci 18 umarło z powodu innych chorób. Pozostaje w obserwacji 140 dzieci, z których 22 jest niewyleczonych (3 ma objawy kliniczne i serologiczne kiły, 1 jest matołkiem, 4 umysłowo niedorozwiniętych, a 13 zdradza nienormalności psychiczne). Pozostałe 118 dzieci (obserwacja od 4 do 25 lat) są zdrowe i wolne od objawów kiły, a nawet odczyn Bordet - Wassermanna u 71 z nich trwa ujemny od szeregu lat.

Zasada ciągłości leczenia, urzeczywistniona po raz pierwszy przez Welandera, a głoszona jeszcze jako *pium desiderium* przez Bertina i plejadę lekarzy z l'Hospice de Vaugirard, znalazła na terenie Francji potężnego promotora w osobie Prof. Alfreda Fournier'a.

Dawna formuła leczenia szpitalnego dzieci kiłowych, polegająca na stosowaniu leczenia u dzieci, zdradzających li tylko widoczne objawy kiły wrodzonej, stała się anachronizmem, który Fournier zwalcza zapamiętale i wygłasza w r. 1899 na posiedzeniu Akademji Medycznej swe własne credo:

„Nie przez leczenie szpitalne należy zwalczać kiłę, lecz raczej przez wprowadzenie systemu leczenia ambulatoryjnego, stosowanego w różnorodnych przychodniach, rozrzuconych na terenie miasta, i niekoniecznie pozostających w zależności i łączności ze szpitalami wenerycznemi".

Myśl Alfreda Fourniera została urzeczywistniona przez Queyrat, Hudelo, Jeanselme'a (1904) w bezpłatnych przychodniach przeciwwenerycznych (wieczornych) oraz przez Vernes'a w poradni przeciwwenerycznej Instytutu Zapobiegawczego w Paryżu. Leczenie w tych przychodniach było bezpłatne, co umożliwiało przestrzeganie

ciągłości leczenia niezależnie od obecności lub braku u chorych widocznych objawów kiłowych.

Aczkolwiek do 12 schronisk dla matek, założonych jeszcze w roku 1881 dzięki inicjatywie akuszerów Tarnier i Bourneville'a, przyjmowano matki rodzące, chore na kiłę, to jednak chore te były leczone wyłącznie w ostatnich miesiącach ciąży, po opuszczeniu zaś zakładu matki i dzieci kiłowe były pozostawione swemu własnemu losowi. W celu zaradzenia tym brakom przytułków położniczych, Marcel Pinard otwiera w r. 1919 przychodnię dla matek ciężarnych, matek karmiących i osesków w swym zakładzie położniczym im. Prof. Baudelocque'a. W kilka lat później (1924) pod wpływem akcji Welandera powstaje żłóbek dla dzieci kiłowych w Montgeron pod Paryżem, jako filja zakładu położniczego im. Prof. Baudelocque'a.

Myśl Marcela Pinard'a, która doprowadziła do powstania przychodni przeciwkiłowej dla matek ciężarnych, położnic, wypuszczonych z zakładu położniczego, oraz ich noworodków, miała na celu skupienie w jednem miejscu i pod jednem kierownictwem lekarskiem całokształtu leczenia kiły rodzimej, a więc zjednoczenie akcji przeciwkiłowej, warunkującej ciągłość leczenia, oraz właściwe zużytkowanie momentów anamnestycznych w dziedzinie kiły wrodzonej.

Słuszność poczynań Pinard'a zrozumiały wkrótce czynniki rządowe, skoro do r. 1928 powstało na terenie Francji 353 subwencjonowanych przez Ministerstwo Higjeny zakładów opiekuńczych nad matką i dzieckiem, pozostających w łączności z przychodniami przeciwwenerycznemi dla matek i dzieci, koordynującemi pracę akuszerów, pedjatrów i wenerologów.

Do zakładów tych zwracają się kobiety bezdzietne, kobiety będące w ciąży, matki karmiące i matki z dziećmi ponad rok życia. Badanie chorych uzupełnia się przez wywiady ogólne i domowe, dokonywane przez pielęgniarki społeczne oraz przez badanie serologiczne (krwi i płynu mózgo-rdzeniowego). O wartości leczenia kobiet przed zajściem w ciążę świadczy statystyka, zebrana przez Maternité Baudelocque za okres czasu 1919—1924:

Z ogółu 530 przypadków ciąży u kobiet kiłowych, nieleczonych uprzednio, spostrzegano 137 poronień, 79 płodów zmacerowanych, 56 płodów martwych donoszonych oraz 102 dzieci, które przeszły 1 rok życia, z tych 31 dzieci zdradzało znamiona dystroficzne; z ogółu zaś 269 przypadków ciąży u kobiet kiłowych, leczonych bądź przed ciążą, bądź i przed ciążą i w czasie ciąży, bądź też tylko w czasie ciąży, spostrzegano 2 płody zmacerowane, 4 płody donoszone, 21 dzieci, zmarłych w pierwszym roku życia, oraz 242 dzieci, które żyły powyżej 1 roku, z tych zaś 38 zdradzało znamiona dystroficzne.

Dodatni odczyn Bordet-Wassermanna u 2.000 matek, badanych w Maternité Baudelocque, stwierdzono zaledwie u 3%, gdy natomiast badanie kliniczne wykazywało objawy kiły u tych kobiet w 13%.

Zasadniczo matki z objawami kiły na skórze i błonach śluzowych leczą się w zakładzie lub szpitalu; tylko w ostateczności leczone są w poradni zakładu. Kobiety ciężarne i położnice bezdomne oraz dzieci matek zarobkujących umieszcza się w żłóbku typu Welandera w Montgeron pod Paryżem na 24 łóżka (filja zakładu Baudelocque'a).

Schroniska typu Welandera dla dzieci kiłowych istnieją w Berlinie i Wiedniu. Schronisko w Wiedniu jest połączone ze stacją opieki społecznej nad matką i dzieckiem kiłowem. W schronisku wiedeńskiem dzieci są przetrzymywane do 8, 10-go roku życia, czyli do czasu możliwie zupełnego wyleczenia z kiły, otrzymują tam naukę szkolną i naukę rzemiosł. Przeciętnie przebywa w zakładzie 200—300 niemowląt i dzieci starszych.

W Belgji zorganizowano 400 przychodni przeciwwenerycznych bezpłatnych, wśród których jest znaczna liczba stacyj opieki nad matką i dzieckiem kiłowem.

Dzięki sieci przychodni przeciwkiłowych dla matek i dzieci, w Brazylji udało się zmniejszyć śmiertelność płodów i niemowląt z powodu kiły z 41.3% do 18.8%.

W Bułgarji istnieje przychodnia przeciwweneryczna (bezpłatna) przy klinice dermatologicznej w Sofji, 8 przychodni szpitalnych oraz 3 przychodnie samodzielne. Do przychodni tych zgłaszają się również matki i dzieci kiłowe.

W Kanadzie istnieje 64 ośrodków zdrowia, które niosą pomoc matkom i dzieciom kiłowym. Dzięki energicznej akcji publiczno-zdrowotnej i społeczno-pielęgniarskiej zdołano zmniejszyć tu śmiertelność dzieci o 30% (Three Rivers P. Q.), a w Thetford Mines P. Q. śmiertelność ta spadła z 338‰ do 73‰.

Estonja posiada 4 schroniska dla dzieci, gdzie są leczone również dzieci kiłowe, oraz 5 schronisk dla matek.

W Madrycie istnieją dwie przychodnie przeciwweneryczne państwowe (Luisa Fernanda i im. Dra Azua). Pozatem istnieją w Hiszpanji przychodnie przeciwweneryczne w 22 miastach prowincjonalnych. Prowadzą one również walkę z kiłą wrodzoną.

W Grecji istnieje 10 szpitali dla chorych wenerycznych z przychodniami oraz 12 przychodni samodzielnych bezpłatnych, z których 4 mieści się w Atenach. Pozatem w Grecji jest czynnych 5 schronisk dla matek i niemowląt (z tego 2 w Atenach). W schroniskach tych matki i niemowlęta kiłowe są leczone bezpłatnie.

W Italji istnieje 148 przychodni przeciwwenerycznych (typu ośrodków zdrowia) oraz liczne stacje opieki nad matką i dzieckiem stałe i ruchome, czynne wśród ludności zarówno miejskiej, jak i wiejskiej.

Na Węgrzech śmiertelność dzieci w stosunku do ogółu ludności wynosi (1924) 19.5%, natomiast wśród dzieci, pozostających pod opieką instytucyj opieki nad matką i dzieckiem, wynosi zaledwie 7.9%.

W Rosji sowieckiej istnieje 303 przychodni dla kiłowych matek ciężarnych (r. 1927).

W Polsce ks. Gabrjel Bodouen ze Zgromadzenia Misjonarzy w r. 1732 otworzył schronisko dla podrzutków przy kościele św. Krzyża w Warszawie. W r. 1754 wybudował ks. Bodouen szpital dla podrzutków w Warszawie, istniejący po dziś dzień. W szpitalu zakładowym leczone są również dzieci z kiłą wrodzoną. Do wojny światowej walka z kiłą wrodzoną była ześrodkowana omal wyłącznie w szpitalach i klinikach dziecięcych, oddziałach położniczych oraz ambulatorjach przy szpitalach dla dzieci.

Istotna opieka społeczna nad matką i dzieckiem kiłowem datuje się od chwili odrodzenia Polski.

Ustawa o opiece społecznej z dnia 16 sierpnia 1923 r. (Dz. U. Nr. 92 poz. 726) wskazuje między innemi, że opieka społeczna w swoim zakresie winna obejmować w szczególności ochronę macierzyństwa oraz opiekę nad niemowlętami, dziećmi i młodzieżą. Obowiązki tej opieki nałożono częściowo na samorządy, częściowo na rząd.

Pozatem Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych rozporządzenie z dnia 14-go października 1924 r. w sprawie praw i obowiązków kobiet, karmiących obce niemowlęta (Dz. U. Nr. 944 poz. 876), określające warunki, w jakich kobiety mogą brać obce niemowlęta na wykarmienie. Nadzór nad wykonywaniem tego rozporządzenia powierzono władzom sanitarnym.

Opieka nad macierzyństwem w Polsce przybrała postać schronisk dla kobiet ciężarnych i matek karmiących, oraz poradni dla ciężarnych i matek karmiących, organizowanych w łączności ze stacjami opieki nad dzieckiem. Instytucje takie winny ustawowo istnieć we wszystkich miastach wojewódzkich, powiatowych oraz większych gminach lub związkach gminnych.

Opiekę nad niemowlęciem pełnią stacje opieki nad dzieckiem, które pozostają w łączności z poradniami dla matek ciężarnych i karmiących (w stosunku: 1 stacja na 10.000 mieszkańców), oraz w schroniskach dla dzieci.

W obecnej chwili w Polsce istnieje lub pozostaje w stadjum organizacji 225 stacyj opieki nad niemowlętami, 30 żłóbków zamkniętych na 705 łóżek oraz 7 schronisk dla podrzutków (290 łóżek), nie licząc domu wychowawczego im. ks. Bodouena w Warszawie (400 łóżek) i poradni dla matek i dzieci kiłowych Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

Akcja uświadamiająca czynników rządowych polega na:

1) szerzeniu zasad podstawowych zapobiegania chorobom społecznym (a więc i kile), popularyzowaniu wiadomości o wpływie tych chorób na zdolności rozrodcze rodziców, przebieg ciąży, porodu oraz na rozwój płodu i jego obarczenie dziedziczne;

2) uświadamianiu czynników samorządowych i społecznych co do ich obowiązków w dziedzinie ochrony macierzyństwa, oraz

3) popularyzowaniu idei przedślubnych świadectw zdrowia.

Po wojnie światowej zarysowała się nowa faza walki z chorobami społecznemi, która poczęła się krystalizować w postaci ośrodków zdrowia, inaczej zwanych stacjami higjeny zapobiegawczej. Myśl ześrodkowania różnorodnych działów medycyny zapobiegawczej w jednej instytucji, obejmującej określony teren działania, powstała w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej wkrótce po wojnie światowej.

Instytucje te, znane w Ameryce, jako „Health Demonstrations" lub „Health Centers", mają na widoku szerzenie zasad higjeny zapobiegawczej, wykrywanie chorób społecznych, lecz nie leczenie chorych, które pozostawione jest lekarzom prywatnym.

Na terenie Polski instytucje łączą zadania zapobiegawcze i lecznicze ze względów na warunki lokalne.

W dziedzinie walki z kiłą wrodzoną ośrodki zdrowia stały się placówką pierwszorzędnej wagi, dzięki ześrodkowaniu w jednej instytucji pomocy fachowej wenerologa, pedjatry i ginekologa oraz pomocy pielęgniarstwa społecznego. Walka z kiłą wrodzoną na terenie ośrodków zdrowia

zapewnia: 1) wykrywanie kiły wrodzonej przez: a) badanie kliniczne, b) badanie serologiczne; c) wywiad rodzinny; 2) leczenie kiły; 3) uświadamianie ludności o skutkach kiły nieleczonej.

Korzyści dla lecznictwa i wykrywania kiły wrodzonej, płynące z usług pielęgniarstwa społecznego, nie ulegają najmniejszej wątpliwości. Jako przykład niech posłużą następujące fakty: 1) pielęgniarki społeczne na terenie miasta Marsylji dzięki wywiadom domowym zdołały wykryć kiłę wrodzoną w 112 rodzinach i sprowadzić do leczenia w ciągu jednego roku 174 dzieci kiłowych (ze sprawozdania M-lle Delagrange); 2) przychodnia przeciwweneryczna szpitala Saint-Louis w Paryżu dzięki wysiłkom pielęgniarek społecznych (wezwania piśmienne i wywiady domowe) w ciągu okresu trzyletniego zdołała zwiększyć liczbę chorych kilowych, leczących się regularnie, o 40% (sprawozdanie Rudelo, Rabut i M-lle Jager); 3) przychodnia przeciwweneryczna w Rouen odzyskała dzięki pielęgniarstwu społecznemu w przeciągu dwu lat 50% kiłowych chorych, którzy zaprzestali leczyć się (sprawozdanie M-lle Delagrange).

W roku 1928 powstał w Polsce Związek Przeciwweneryczny, którego celem jest zespolenie i skoordynowanie działalności społecznej, zmierzającej do obrony przed szerzeniem się chorób wenerycznych w społeczeństwie.

Członkami Związku mogą być: 1) wszelkiego rodzaju związki publiczno-prawne, jak np. terytorjalne związki samorządowe, celowe związki samorządowe, kasy chorych i t. p. 2) stowarzyszenia, mające na celu wyłącznie lub między innemi zadaniami obronę społeczną przed chorobami wenerycznemi.

Związek Przeciwweneryczny żywo interesuje się sprawą kiły endemicznej w Polsce (na Huculszczyźnie i Podhalu). Kiła endemiczna, panująca na tych terenach, zainteresowała również Polskie Tow. Eugeniczne, oraz naszych antropologów w związku z zagadnieniem kiły wrodzonej, jako czynnika, zwyradniającego rasę ludzką.

Rozwiązania tego zagadnienia oczekujemy od projektowanego Instytutu Eugenicznego w Polsce, który prowadzić ma historję rodowodowo-antropologiczną rodzin, w których spostrzegano między innemi przypadki kiły wrodzonej.

Dr Wiktor Borkowski
kierownik Przychodni Przeciwwenerycznej w I Ośrodka Zdrowia
w Warszawie

Z przychodni przeciwwenerycznej
i Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Warszawie

Praca pielęgniarska w przychodni przeciwwenerycznej nie polega tylko na wykonywaniu zabiegów: rolą pielęgniarki już na terenie poradni jest praca wywiadowcza i uświadamiająca. Większości zgłaszających się pacjentów wydaje się, że jedynym celem poradni jest usunięcie rozmaitego rodzaju ich dolegliwości, a więc leczenie. Najważniejszem zadaniem pielęgniarki jest uświadomienie pacjentów o znaczeniu chorób wenerycznych, jako klęski społecznej, o fatalnych ich skutkach, ich zaraźliwości i dziedziczeniu.

Pielęgniarka stara się wykryć, w miarę możności, źródło zakażenia. Jeśli znajduje je w rodzinie, to usiłuje sprowadzić ją całą do poradni. W każdym przypadku kiły pożądane jest sprowadzenie całej rodziny do zbadania krwi.

Zaznaczam, że rola pielęgniarki zawsze prawie kończy się tylko na pracy nad uświadamianiem kobiet. Nad mężczyznami, jako nad elementem trudniej dostępnym wpływom pielęgniarki, pracuje lekarz.

Praca w domach rodzin kiłowych jest dalszym ciągiem i uzupełnieniem pracy pielęgniarki w poradni. (Dotychczas pielęgniarki robią wywiady tylko w tych rodzinach kiłowych, gdzie są dzieci).

Trzeba tu bodajże więcej, niż w jakiejkolwiek innej gałęzi pracy społecznej — subtelności, ostrożności i zrozumienia psychiki chorych.

Choroby weneryczne uważane są ogólnie za „sekretne" i przynoszące wstyd. Dopiero po zaskarbieniu zaufania rodziny, można powiedzieć o chorobie, jej znaczeniu, o higjenie zapobiegawczej. Nieraz jeden członek rodziny ukrywa się przed drugim, nieraz jedno nieostrożne słowo wywołać może tragedję w rodzinie. To też głębokie zrozumienie tajemnicy zawodowej, jak najdalej posunięta ostrożność i szybkość orjentacji w trudnych nieraz sytuacjach — muszą cechować każdą pielęgniarkę poświęcającą się tej pracy.

Pielęgniarka nietylko uczy pacjentów tak w poradni, jak i w domu, może ona, posiadając doświadczenie i umiejętność obserwacji, również wykryć kiłę. Każda pielęgniarka, robiąca wywiady czy z ramienia poradni przeciwwenerycznej, czy jakiejkolwiek innej, powinna zwracać uwagę na wszelkie, choć trochę podejrzane, objawy.

Oto przykłady:

1. Wśród jednej z rodzin należących do ośrodka, spotkałam niezapisane do żadnej z naszych poradni dziecko trzyletnie, o wadze i wzroście rocznego, niedorozwinięte, z wodogłowiem i z rozbieżnym zezem oczu. Na pytanie, czy rodzice chorowali kiedyś na kiłę, odpowiedziano przecząco, mimo to skierowałam dziecko do przychodni przeciwwenerycznej i tam lekarz na podstawie wyżej podanych objawów skonstatował kiłę wrodzoną, co potwierdził odczyn krwi na Wassermanna. I dziecko i rodzice leczyli się w następstwie w naszej poradni.

2. W innej rodzinie odwiedzałam niemowlę, nie zdradzające żadnych objawów kiły. Matka natomiast skarżyła się na częste bóle głowy i na bóle w stawach. Na podstawie tych objawów skierowałam ją do przychodni przeciwwenerycznej. Odczyn Wassermanna wykazał 3 plusy. Niebawem chorej udało się ściągnąć do poradni męża; obecnie cała rodzina jest w leczeniu.

Jadwiga Dłutkówna

Podstawy diety normalnej

Dotychczas utożsamiano pojęcie dietetyki z pojęciem nauki o odżywianiu chorych. W ostatnich czasach zakres dietetyki znacznie się rozszerzył. Obejmuje ona zarówno odżywianie zdrowych, jak i chorych. Dokładne zrozumienie racjonalnej diety zdrowego człowieka powinno interesować każdą pielęgniarkę. Pielęgniarka, zarówno szpitalna jak społeczna, ma dostęp do życia prywatnego ludzi wszelkich stanów i o różnej

stopie życiowej. Odżywianie w chorobach powinna traktować jako odchylenie od wytycznych diety normalnej.

Jakie są podstawy diety normalnej?

I. Pożywienie powinno być starannie przyrządzone i estetycznie podane.

II. Pożywienie dostarczyć musi dostatecznej ilości kaloryj dla podtrzymania wagi ciała.

III. Zawierać powinno wystarczającą ilość białka, stosownie do przyzwyczajeń, wieku, płci, zawodu danego osobnika, i odpowiedni stosunek między białkiem, węglowodanami i tłuszczem.

IV. Zawierać powinno obfitość t. zw. witamin.

V. Dostateczną ilość i właściwy stosunek pomiędzy koniecznemi mineralnemi składnikami.

VI. Dostateczną ilość objętościowego pokarmu, aby umożliwić regularne wypróżnienia.

VII. Wodę do trawienia, absorpcji i wydalania oraz regulacji temperatury ciała.

I. Na pierwszym planie postawiłam przyrządzenie pokarmu, wiele bowiem potraw nie daje ani kaloryj, ani materjału budowlanego (białka), a jednak ma dużą wartość odżywczą, o ile potrawy są starannie przyrządzone. Najlepszym przykładem jest rosół, buljon, kawa czarna (bez cukru) i t. d. Mięso lub ryba czy gotowane czy pieczone (bez dodatku tłuszczu), zawierają tę samą ilość białka i tłuszczu, dają więc tę samą ilość kaloryj, a jednak — pieczone posiadają większą wartość odżywczą. Bułka i grzanka z bułki dają tę samą ilość kaloryj, grzanka przedstawia jednak większą wartość odżywczą, dzięki temu, że łatwiej poddaje się działaniu soków trawiennych i, jako smaczniejsza, bardziej sprzyja ich wydzielaniu się.

Umiejętna technika gotowania jest nieodzownym warunkiem racjonalnego żywienia, bez niej nie pomogą najdokładniejsze obliczenia kaloryj, białka, minerałów i usiłowanie wyznaczania ilości potrzebnych witamin. Potrawy białkowe, a więc takie, w których przeważają: mięso, jaja, ser, są strawniejsze i smaczniejsze, gdy się je gotuje zwolna i w niskiej temperaturze, dlatego to chorym w pewnych wypadkach podaje się potrawki z mięsa, jaja gotowane w wodzie poniżej temperatury wrzenia, lub nawet potrawy surowe, np. befsztyk skrobany z surowego mięsa, jaja rozbite z mlekiem etc.

Warzywa gotujemy w sposób zależny od tego, ile zawierają mączki czyli skrobi. Im więcej mączki posiada dane warzywo, tem dłużej musimy je gotować. Zielone warzywa (szpinak, jarmuż, brukselka) z małym procentem skrobi (3—5%) gotujemy krótko, 10—12 minut, aby jak najmniej rozłożyć witamin i nie wyługować wielu soli mineralnych. Warzywa o większym procencie skrobi jak np. marchew (6—10%), kalarepka, zielony groszek, fasolka szparagowa, gotujemy dłużej, około 15 minut, warzywa o 20—22% skrobi gotujemy około pół godziny, np. kartofle, kukurydzę. Najlepsze i najzdrowsze są warzywa gotowane na parze, w naczyniu z podwójnem dnem (t. zw. parnik, który w różnych wielkościach, od 7—14 złotych, dostać można w sklepach z naczyniami kuchennemi). Warzywa, gotowane na parze lub w małej ilości wody, nie tracą wartościowych składników. Temperatura przy gotowaniu warzyw powinna

być utrzymana w punkcie wrzenia, lub nawet wyżej, o ile się gotuje na parze. Dlatego to należy warzywa drobno pokrajać: kapustę drobno poszatkować, kalafjor podzielić na poszczególne części kwiatostanu i t. d. W przeciwieństwie do warzyw, mączne potrawy, kasze powinny się gotować długo i w temperaturze niskiej. Kasze i mączne budynie najlepiej gotować w specjalnem naczyniu, które wstawia się do większego z gotującą się wodą i w ten sposób na parze można przez dłuższy czas gotować bez obawy przypalenia lub rozgotowania.

Tabela poniższa wskazuje wpływ wody zimnej, gorącej, pary, gorącego tłuszczu i rozgrzanego powietrza na poszczególne składniki pokarmowe.

	Woda zimna	Woda gorąca	Para	Gorący tłuszcz i rozgrzane powietrze
Białko (np. albumin)	rozpuszcza się	ścina się	ścina się	ścina się i przypieka
Cukier	rozpuszcza się niezupełnie	rozpuszcza się zupełnie	rozpuszcza się częściowo	karmelizuje się
Krochmal	bez zmiany	pęcznieje	pęcznieje i częściowo rozpuszcza się	dekstrynizuje się, częściowo rozpuszcza
Tłuszcz	bez zmiany	roztapia się	roztapia się częściowo	roztapia się całkowicie
Sole	rozpuszczają się częściowo	rozpuszczają się bardziej	bez zmiany	bez zmiany
Woda			częściowo zamienia się w parę	zamienia się w parę
Zapach	ulatnia się trochę	ulatnia się bardziej	ulatnia się niewiele	ulatnia się najwięcej

II. Rozpatrzmy zkolei drugą wytyczną przy układaniu normalnej diety, t. j. *dostarczenie dostatecznej ilości kaloryj*, aby podtrzymać wagę ciała. Jakie ma znaczenie wprowadzenie pojęcia kaloryj do diety? Kalorja jest to miara lub jednostka ciepła, jaka jest potrzebna do ogrzania 1 litra wody o 1° C. Pokarmy paląc się w naszym organizmie przy dostatecznym dopływie tlenu, dają określoną ilość ciepła. To jest kaloryczna wartość pokarmów.

Pokarm składa się: z tlenu, węgla, wodoru, czasem z azotu, z soli mineralnych i wody. Te pierwiastki nie stanowią pokarmu same przez się, ale są zsyntetyzowane przez rośliny i stanowią część organizmów żyjących w trojakiej formie: węglowodanów, tłuszczu i białka. Te zaś stają się użyteczne dla naszego organizmu. Mleko zawiera wszystkie trzy składniki, mięso zawiera tylko białko i tłuszcz, mąka zawiera w głównej części węglowodany, w mniejszej białko i tłuszcz i t. d.

Gdy 1 gram węglowodanów lub białka utleni się, t. j. spali się, wydzieli przeciętnie 4 kalorje; gdy 1 gram tłuszczu spali się, wyda około 9 kaloryj. Aby znaleźć kaloryczną wartość jakiegoś pokarmu, trzeba znać jego skład i wagę skonsumowanej ilości. Np. 1 szklanka mleka (dobrego), t. j. 244 gramy, zawiera przeciętnie 8 gr. białka, 9.8 gr. tłuszczu, 12 gr. węglowodanów, które wydzielą kaloryj $4 \times 8 = 32$

$4 \times 12 = 48$

$9 \times 9.8 = 88.2$

około 168

Wymagania kaloryczne są różne, zależnie od wieku, wzrostu, płci, zajęcia, przyzwyczajeń i innych warunków, związanych z danym osobnikiem.

Przeciętnie możemy jednak stwierdzić, że człowiek leżący w łóżku, w zupełnym spokoju, może zachować swą wagę, spożywając pokarm o wartości 1500 kaloryj, gdy tymczasem przy pracy fizycznej umiarkowanej potrzebuje 3000 kaloryj na dobę.

Różne indywidualności reagują na pożywienie w różny sposób. Jeden człowiek je bardzo dużo, a zawsze ma wagę niższą od przeciętnej, dla niego wskazanej. Człowiek nerwowy spala więcej kaloryj, niż spokojny. Inny ma zwiększoną przemianę materji, np. w hypertyreoidyzmie lub w gorączce i skutkiem tego spala więcej, skonsumować może nietylko bogate kalorycznie pożywienie, ale i komórki własnego organizmu.

Otyłość jest zwykle wywołana przez brak równowagi pomiędzy pokarmem pobranym i energją wydatkowaną, chociaż czasami otyłość jest wywołana hypofunkcją gruczołu tarczycowego, przysadki mózgowej, gonad, albo jest odziedziczoną tendencją do tycia.

Stosując dietę obchudzającą, należy z największą ostrożnością zaprowadzać właściwy stosunek pomiędzy energją dostarczaną, a energją ekspansowaną przez organizm.

Stosując dietę tuczącą, należy dbać o to, aby nie obciążać systemu trawiennego. (C. d. n.).

Marja Morzkowska
Magister przyrody i dietetyki

Komunikaty

Nagroda za szkic z historji pielęgniarstwa

Redakcja otrzymała następujące zawiadomienie od Sekretarki Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej:

„Na cześć Adelaidy Nutting i Lawinji Dock, zasłużonych w pracy nad historją pielęgniarstwa, ustanowiono nagrodę ich imienia w kwocie 100 dol., za najlepszy szkic historyczny przedłożony do 1 stycznia 1931 roku przez dyplomowaną pielęgniarkę lub uczennicę.

Warunki konkursu są następujące:

1) przedmiot musi obejmować jakiś ważny moment historji pielęgniarstwa;

2) szkic musi wykazać samodzielne czerpanie ze źródeł;

3) szkic, pisany na maszynie, ma zawierać od 8.000—10.000 słów;

4) musi posiadać kartę tytułową, spis rozdziałów, krótkie streszczenie całości oraz musi być zaopatrzony odsyłaczami, notatkami i dokładną bibljografją (spis źródeł);

5) musi być napisany w języku angielskim, francuskim lub niemieckim.

Dyplomowana pielęgniarka, lub uczennica, chcąca wziąć udział w konkursie, zechce napisać do przewodniczącej komitetu historji pielęgniarstwa, pod adresem: Miss Nina Gage, 370 Seventh Avenue, New York City, podając imię i nazwisko, adres, wykształcenie pielęgniarskie, pole pracy samodzielnej, oraz zaświadczenia 2 osób. Stająca do konkursu otrzyma od

komitetu numer, który zamiast nazwiska umieści na rękopisie. Rękopis wraz z zapieczętowaną kopertą, zawierającą numer i nazwisko autorki, przesłany być musi przesyłką poleconą pod powyższym adresem.

Sędziowie konkursu wydadzą opinję na podstawie 1) wartości obranego tematu, 2) źródeł, 3) formy szkicu, 4) jasności i samodzielnego ujęcia treści".

Nie wątpimy, że z pośród naszych pielęgniarek niejedna zechce stanąć do konkursu. Tematów nie zbraknie: każdy niemal rok od czasu odzyskania niepodległości, obfituje w ważne dla pielęgniarstwa wydarzenia. Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, w zrozumieniu wyjątkowej sposobności propagandy pielęgniarstwa polskiego zagranicą, obiecuje pomoc w zebraniu źródeł i ewentualnie w przetłumaczeniu szkicu na jeden z wymaganych języków.

Wystawa higjeny w Dreźnie

Z Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej Redakcja otrzymała następujące zawiadomienie:

W 1911 roku, dzięki inicjatywie i poparciu finansowemu magnata przemysłu drezdeńskiego, Lingnera, odbyła się w Dreźnie wielka wystawa higjeny. Ten, jakby olbrzymi podręcznik higjeny, rozłożony w przeszło 100 salach, cieszył się wówczas niezwykłem powodzeniem. Prócz Niemiec, brały udział w wystawie: Francja, Anglja, Włochy, Austrja, Węgry, Hiszpanja, Szwajcarja, miasto Amsterdam, Japonja, Chiny i Brazylja. Pracę nad propagandą higjeny, zapoczątkowaną na wystawie, prowadziło dalej Muzeum Higjeny w Dreźnie, które z biegiem lat rozwinęło się w Centralny Zakład Higjeny Powszechnej.

W maju b. r. otwarty zostanie nowy gmach Muzeum Higjeny oraz druga wystawa higjeny, która trwać będzie do października tegoż roku. Exponaty wykażą najnowsze zdobycze naukowe, oraz rozwój techniki wystawowej. Szczególny nacisk położony będzie na higjenę osobistą i wychowanie fizyczne.

Wiele krajów weźmie udział w wystawie, jak również i wiele międzynarodowych organizacyj; w pierwszym rzędzie Liga Narodów i Międzynarodowe Biuro Pr. i Op. Spol. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek pośle na wystawę exponaty poszczególnych narodowych Związków pielęgniarek, oraz porównawcze materjały statystyczne, opracowane w siedzibie Rady, w Genewie.

Wystawa obejmie między innemi następujące działy: ogólne pielęgnowanie ciała, ćwiczenia fizyczne, higjenę zawodową, odżywianie, ubranie, mieszkanie, popularyzowanie higjeny, szpitalnictwo. W tych ostatnich dwu działach wezmą udział pielęgniarki.

Dalsze szczegóły tyczące nadsyłania exponatów i t. d. rozesłane będą zarządom poszczególnych narodowych związków pielęgniarskich.

KRONIKA

Sprawy Kas Chorych

Dnia 24 i 25 listopada 1929 r. z inicjatywy p. Ministra Pracy i Opieki Społ. Prystora odbyła się w Warszawie konferencja Izb Lekarskich w sprawie Kas Chorych.

Konferencja miała na celu omówienie kwestyj oparcia działalności Kas Chorych o czynniki lekarskie, podniesienia kwalifikacyj lekarzy kasowych, zwiększenia zaufania ubezpieczonych do lecznictwa kasowego i udostępnienia im pomocy lekarskiej, nawiązania współpracy Kas z Wydziałami lekarskiemi i Zakładami leczniczemi.

W konferencji wzięli udział przedstawieciele Rządu, Senatu, miasta, uniwersytetów, oraz przeszło 500 lekarzy. Przewodniczył p. Minister Prystor. Między innymi wygłosił świetne przemówienie ś. p. prof. dr. Rosner, udowadniając konieczność i możliwość oparcia Kas Chorych w miastach uniwersyteckich o wydziały lekarskie.

Dnia 13 grudnia 1929 r. p. Minister Prystor wydał rozporządzenie, obowiązujące aż do chwili ogłoszenia aktu ustawowego o Kasach Chorych. Rozporządzenie to ma na celu także unormowanie stosunków w Kasach, „aby chorzy ubezpieczeni otrzymywali pomoc możliwie szybko, sprawnie i z zadawalającym wynikiem".

Nowa ustawa stworzy podstawy nietylko dla leczenia, ale i dla ochrony zdrowia ubezpieczonych.

Okólnik Min. Pracy i Opieki Społecznej poleca, między innemi, lekarzom domowym Kas zaznajamianie się ze sposobem życia i warunkami pracy powierzonych im grup ubezpieczonych, opiekę higjeniczno-uświadamiającą, zwłaszcza nad matką i dzieckiem, oraz kontakt z instytucjami higjeny i opieki społecznej i państwowej. Kasom poleca się rozbudowę szpitali i przytułków położniczych własnych, lub w porozumieniu i wspólnie z władzami samorządowemi lub klinikami.

W duchu wyżej wspomnianego okólnika wypowiedział się dnia 10 stycznia 1930 r. p. Premjer Bartel w tej części mowy programowej, która poświęcona jest sprawie Kas Chorych. (Nowiny Społeczno-Lekarskie, Nr. 23 i 24 — 1929 i 1 i 2 — 1930).

Z Krakowskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego

Walne zgromadzenie Tow. Przeciwgruźliczego w Krakowie odbyło się 16 listopada 1929. Prezes, prof. Janiszewski w swem przemówieniu zaznaczył między innemi, że w całej Polsce istnieje tylko sześć i pół tysiąca łóżek dla chorych na gruźlicę, a w ciągu pierwszych sześciu lat po wskrzeszeniu Polski umarło na gruźlicę zgórą pół miljona Polaków. Za cenę 6.000.000 zł., które kosztowało Warszawę wzniesienie gmachu o 200 łóżkach, możnaby wybudować na 2 i pół tysiąca łóżek baraki dla gruźlików, takie, jak na Prądniku Czerwonym pod Krakowem, które oddają identyczną usługę, jak najwspanialsze sanatorjum.

Omawiając znaczenie półkolonij letnich dla dzieci, urządzanych w Krakowie z jego inicjatywy, prof. dr. Janiszewski wyraził podziękowanie p. Polównie, magistrackiej higjenistce szkolnej, za ich prowadzenie.

Dr. Zamorski, kierownik krakowskiej Poradni Przeciwgruźliczej, zaznaczył, że praca w poradni osiągnęła punkt kulminacyjny w bieżącym roku, dzięki subwencji rządu, fundacji Rockefellera i wydatnej współpracy Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek.

Dnia 20 listopada 1929 r. odbył się wybór prezesa, którym został prof dr. J. Latkowski, dyrektor kliniki medycznej U. J. (Nowiny Społeczno-Lekarskie, Nr. 23, 1929).

Nowy sposób odkażania

Dezynfekcję mieszkań prowadzić można obecnie, używając „stożków dezynfekcyjnych", wyrabianych już w kraju i stosunkowo tanich. Po zaklejeniu wszelkich szczelin w pokoju zapalamy w nim stożek, poczem zaklejamy drzwi. Stożek wydziela gazy trujące (pozbawione związków cyanowych i arsenowych), które zabijają bakterje chorobotwórcze, muchy, komary, mole, pluskwy, myszy i szczury, nie niszcząc przytem ubrania, mebli, tapet i t. d.

Dezynfekcja trwa 3—4 godzin, po jej dokonaniu należy wejść do pokoju z mokrą chustką na twarzy i otworzyć okno. Po kilkunastu minutach w pokoju niema ani śladu gazu. („Orędownik Zdrowia" Nr. 10, 1929).

Przegląd pism zagranicznych

„ZDROWIE ŚWIATA"

Organ Ligi Czerwonego Krzyża, kwartalnik, wychodzi w języku angielskim, francuskim i hiszpańskim. Numer czerwcowy w wydaniu obszerniejszem został wydany na uczczenie 10-lecia Ligi Czerwonego Krzyża.

Trzy pierwsze artykuły p. Davison, Dr. Ninagawa i Sir Art. Stanleya podają szczegółową historję powstania idei i rozszerzenia działalności Czerwonego Krzyża na czas pokoju, t. j. opieki nad zdrowiem ludności cywilnej, co znalazło swój wyraz w zawiązaniu Ligi Czerwonego Krzyża. Delegaci pięciu narodów dnia 5-go maja 1919 r. podpisali statut Ligi Czerwonego Krzyża, przyczem § 2-gi oparty był na brzmieniu § 25-go Ligi Narodów. Myśl zawiązania Ligi Czerwonego Krzyża zawdzięczamy p. Davison, prezesowi Amerykańskiego Czerwonego Krzyża i Dr. Ninagawa, sekretarzowi Japońskiej Misji Czerwonego Krzyża.

Międzynarodowe znaczenie Czerwonego Krzyża, Płk. Draud. — Narodowe Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża zachowują swe tradycje narodowe i pracują dla dobra swej ojczyzny, jednak z racji celów humanitarnych, mających na względzie dobro całej ludzkości, łączą się w Międzynarodowem Stowarzyszeniu. Ewolucją w rozwoju Czerwonego Krzyża jest rozszerzenie jego działalności na czas pokoju i na ludność cywilną.

Przegląd 1919—1929, T. B. Kettridge. — W czasie 10 lat swego istnienia Liga zdołała pozyskać 51 narodowych stowarzyszeń, odbyła cały szereg zjazdów, których wynikiem było skierowanie działalności Ligi w 4-ech głównych kierunkach: 1) pomocy wobec klęsk ogólnych; zapobiegania chorobom; 3) szkolenia pielęgniarek; 4) organizacji młodzieży Cz. Krzyża. Stosunek Ligi do Międzynarodowego Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża, z początku niejasny, z każdym rokiem ulegał zbliżeniu, aż wreszcie na konferencji w Hadze w r. 1928 doszło do ostatecznego porozumienia i podpisania konwencji, na mocy której Międzynarodowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża, z siedzibą w Genewie, jest neutralnym pośrednikiem poszczególnych Cz. Krzyży w czasie wojny, natomiast Liga Cz. Krzyża obejmuje działalność w czasie pokoju. Celem Ligi jest łagodzenie cierpień ludzkości i dążenie do stwarzania takich tradycyj społecznych, aby wojna wydała się wszystkim anachronizmem.

Łacińska Ameryka, E. J. Conill. — W Południowej Ameryce organizacje Czerwonego Krzyża powstawały kolejno w różnych republikach w czasie krwawych walk. Do r. 1919 istniało 9 narodowych stowarzyszeń Cz. Krzyża, w ciągu ostatnich 10 lat powstało kilkanaście nowych, a wszystkie należą do Ligi. Ich różnorodna działalność obejmuje program Ligi Cz. Krzyża.

Pomoc w razie klęski, M. François. — W poprzednim numerze „Zdrowia Świata" były drukowane dwa artykuły: p. Hubera, prezesa Międzynarodowego Cz. Krzyża w Genewie, wykazujący jak wybitną rolę odegrał w stosunkach międzynarodowych Cz. Krzyż i jak przyczynił się do nawiązania przyjaznych stosunków między narodami, które prowadziły między sobą wojnę, — oraz artykuł p. Payne, prezesa Ligi Cz. Krzyża, który stwierdza, że Międzynarodowy Cz. Krzyż w Genewie i Liga Cz. Krzyża wzajemnie się uzupełniają i będą wiodły ludzkość do powszechnej szczęśliwości. Obecnie wszystkie narodowe Cz. Krzyże pracują w kierunku wypełnienia programu Ligi na czas pokoju, a zwłaszcza pomocy wobec klęsk nawiedzających poszczególne narody, ale których fatalne skutki odczuwa cała ludzkość. W celu wydatniejszej pomocy i zorganizowania współpracy, powstał Międzynarodowy Związek Pomocy, zatwierdzony w Genewie w r. 1927, który ma nieść pomoc narodom dotkniętym klęską.

Pielęgniarka Cz. Krzyża, Markiza di Targiani Giunti. — Tem, czem w rodzinie jest matka, tem w Czerwonym Krzyżu jest pielęgniarka, a zmarły prezes Ador uważał siostrę Cz. Krzyża za personifikację Cz. Krzyża w oczach społeczeństwa. Od początku powstania Cz. Krzyża na wszystkich kongresach dyskutowano nad wykształceniem pielęgniarek zawodowych oraz ochotniczek na czas wojny. Po zawiązaniu Ligi Cz. Krzyża, pielęgniarki po raz pierwszy zostają zaproszone do wzięcia udziału w konferencji w Cannes w r. 1919, w następnym zaś roku zostaje utworzony Wydział Pielęgniarski przy Zarządzie Głównym Ligi Cz. Krzyża. Na polu działalności międzynarodowej Wydział Pielęgniarstwa stworzył dwie nadzwyczaj pożyteczne rzeczy: Międzynarodowy kurs dla pielęgniarek w Londynie i Doradczą Radę Pielęgniarek przy Lidze. Rezolucje prac Rady dadzą się streścić w kilku najważniejszych punktach: 1) dążenie do zorganizowania przy każdym narodowym Cz. Krzyżu Wydziału Pielęgniarek; 2) podniesienie fachowego i etycznego poziomu pielęgniarek; 3) współpraca pielęgniarki społecznej w działalności pokojowej Cz. Krzyża, w zakresie: a) propagandy higjeny, b) zapobiegania chorobom społecznym, c) dobrobytu wszystkich klas społeczeństwa. Raport Wydziału Pielęgniarstwa, który został przedstawiony na konferencji w Hadze, podaje bardzo szczegółowy obraz rozwoju pielęgniarstwa w różnych krajach oraz rezolucje Rady Pielęgniarstwa, które zostały jednomyślnie zotwierdzone.

Dziesięć lat Młodzieży Czerwonego Krzyża, J. E. Browne. — Młodzież Cz. Krzyża, zgrupowana w 41 krajach liczy 11 miljonów członków, pozyskanych w ciągu 10 lat istnienia Ligi. Organizacja ta ma te same cele co i Liga, t. j. propagandę higjeny, zapobieganie chorobom, zmniejszanie cierpień wokoło siebie. Przyczyną tak niezmiernie szybkiego wzrostu liczby członków Młodzieży Cz. Krzyża jest to, że myśl tej organizacji jest oparta na znajomości psychologji dzieci. Dzieci same wybierają z pośród siebie zarząd, oraz decydują o kierunku swej działalności. Altruizm jest cechą wrodzoną dzieciom, to jest także przyczyną rozwoju tej organizacji. Po 10 latach istnienia rezultaty prac Młodzieży Cz. Krzyża dadzą się streścić w 3-ech głównych punktach: zrozumieniu higjeny wśród dzieci, służby dla innych, nawiązaniu międzynarodowej przyjaźni przez wymianę korespondencji. Obecnie wychodzi 29 pism Młodzieży Cz. Krzyża, oraz mnóstwo broszurek i tablic, jak zachować zdrowie i ustrzec się chorób.

Praca nad propagandą zdrowia w Persji, M-me Mayrish Hubert. — Persja posiada zdrowy klimat, suche powietrze, dużo słońca, znaczne wzniesienie nad poziom morza, a więc doskonałe warunki zdrowotne. Ludność jest wysokiego wzrostu, o budowie smukłej i zgrabnej. Alkoholizm jest nieznany, ale dwie inne plagi trapią ludność — gruźlica i syfilis. Rząd perski czyni wysiłki w kierunku zaprowadzenia europejskich urządzeń. Ministerstwo Zdrowia wysyła stale pewną liczbę studentów medycyny do Europy na studja, zakłada odpowiadające nowoczesnym wymaganiom szpitale, w których obecnie pracuje kilka lekarek angielskich. Perski Czerwony Krzyż nosi nazwę „Czerwony Lew i Słońce". Brak jednak w Persji zupełnie organizacji opieki społecznej i pielęgniarstwa społecznego, którego zaprowadzenie wobec obyczajów i tradycyj perskich jest narazie niemożliwe.

Dobra Propaganda. — Niemiecki Cz. Krzyż wydał doskonalą broszurkę, bogato ilustrowaną o działalności Niemieckiego Cz. Krzyża.

Pierwsza pomoc na drogach francuskich, Dr. Behague. — Turystyczne kluby francuskie z pomocą Cz. Krzyża stworzyły stacje pierwszej pomocy na szosach o ożywionym ruchu samochodowym i cyklistycznym. Na niebezpiecznych zakrętach znajduje się ogłoszenie o miejscu najbliższej stacji, która przeważnie mieści się w oberży przydrożnej. Personel składa się z kierownika, mającego pewne wiadomości z zakresu udzielania pierwszej pomocy, oraz gońców, których zadaniem jest natychmiastowe zawiadamianie lekarza o wypadku. Z chwilą przybycia lekarza, rola personelu pierwszej pomocy jest skończona. Stacja jest wyposażona w nosze i apteczkę oraz chorągiew z czerwonym krzyżem i literami S. O. S., którą po przybyciu na miejsce wypadku kierownik umieszcza na widocznem miejscu. Stacyj takich ma powstać w roku bieżącym 1000, gdyż okazały się bardzo pożyteczne, jak świadczy statystyka 14-tu już istniejących, które w ciągu 6-ciu miesięcy na przestrzeni 70 km. udzieliły pomocy w 36 wypadkach, oraz zajęły się ciałami 6 osób, które straciły życie.

Przegląd nadesłanych pism i książek. **J. S.**

Pielęgniarka francuska, listopad 1929

Znaczek przeciwgruźliczy, prof. dr. Calmette. — Zachęta do sprzedawania i kupowania znaczka przeciwgruźliczego. Dochód ze sprzedaży obrócony będzie na stworzenie przy szpitalach pawilonów dla gruźlików zakaźnych. Pawilony takie — to bodaj czy nie najważniejszy czynnik w walce z gruźlicą obok przychodni. Gdy one powstaną, wówczas będzie pomyśleć o rozwinięciu „oevre Grancher", t. j. akcji umieszczania dzieci poza ich rodzinami gruźliczemi, dalej o prewentorjach, szkołach na powietrzu, kolonjach letnich, przedewszystkiem o rozwinięciu szczepień ochronnych.

O pielęgnowaniu położnicy, prof. dr. Vignes. — Zasadnicze punkty pielęgnowania i obserwacji położnicy.

Metody naukowe w opiece społecznej, prof. J. Tandler (Wiedeń). — Rozważania na temat powstania i rozwoju opieki społecznej, i warunków naukowego jej traktowania, a więc należytego zrozumienia zagadnień społecznych, ekonomicznych, moralnych, pedagogicznych i higjenicznych. Zadania pielęgniarek społecznych.

Sprawozdanie z podróży do Ameryki, Melle Greiner.

Sprawy Narodowego Stowarzyszenia Francuskich Pielęgniarek dyplomowanych.

Praca pielęgniarek wiejskich w Kanadzie, Elżbieta Smellie. — Pielęgniarka, zabierająca się do pracy na wsi pamiętać powinna o następujących trudnościach, które ją czekają: 1) zbyt duży okręg; 2) trudności finansowe; 3) partykularyzm poszczególnych okręgów; 4) trudności komunikacji; 5) sprostanie różnorakim zadaniom; 6) znalezienie sobie odpowiedniego mieszkania; 7) zorganizowanie komitetu. — Pielęgniarka, która zajmuje się t y l k o n a u c z a n i e m higjeny i demonstracjami, ma zadanie łatwiejsze, szybciej daje się poznać, oraz ma sposobność zetknięcia się z wielu ludźmi.

W niektórych miejscowościach jednak pielęgniarka musi zająć się również i pielęgnowaniem po domach, co dostarcza jej zresztą najlepszej sposobności do nauczania higjeny. To jednak nie da się zaprowadzić wszędzie wobec ogromnego pola działania, a niewielkiej liczby pielęgniarek. Lecz dobrze zorganizowana działalność społeczna i sanitarna musi obejmować i pielęgniarstwo domowe.

Sytuacja pielęgniarki wiejskiej jest podobna do sytuacji wiejskiej nauczycielki. Obie są samotne i pozbawione kontaktu ze światem. Pielęgniarka wiejska musi mieć możność uczęszczania od czasu do czasu na kurs „odświeżający", musi mieć czas na dokształcanie się. Dlatego poza corocznemi wakacjami, powinna otrzymywać specjalny urlop pozwalający jej na dalsze studja.

Międzynarodowa wymiana stypendjów (c. d.), Melle Still. **H. C.**

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

Zmiany posad w listopadzie i grudniu 1929 r.

W szpitalach wojskowych:
Siostra Sajewiczówna Wanda — Wilno.
„ Falkowska Stanisława — Warszawa szp. Mokot.
„ Ostapkiewicz Zofja — Warszawa szp. Ujazd.
„ Twarowska Helena — Toruń.
„ Zawodna Janina — Toruń.
„ Rzeczycka Lidja — Kraków.
„ Kowalska Janina II. — Kraków.
„ Gardulska Janina — Kraków.
„ Wernerowa Helena — Równe.
„ Montwiłłówna Zofja — Brześć n/B.
„ Otocka Wanda — Brześć n/B.
„ Borkowska Elżbieta — Grudziądz.
„ Downar-Zapolska Janina — Grodno (przełożona sióstr).
„ Lenard Józefa — Chełm.
Otrzymały posady w szpitalach wojskowych:
p. Malczewska Józefa — Brześć n/B.
„ Zielenkiewicz Weronika — Grodno
„ Kwiatkowska Marja — Brześć n/B.
} po ukończeniu 9 mies. kursów w Domu Macierzystym w Warszawie
„ Szumowska Jadwiga — „Obszczina" Ros. Cz. Krzyża.

Errata Nr. 1

Str. 3, w. 20 od dołu: zamiast „przyczynę śmierci płodów w łonie matek — 41%" — „przyczynę śmierci płodów w łonie matek — w 41%".

Str. 3, w. 19 od dołu: zamiast „przyczynę przypuszczalną — 17%" — „przyczynę przypuszczalną w 17%".

Str. 5, w. 7 od dołu: zamiast „uczennica Warszawskie Szkoły" — „absolwentka Warszawskiej Szkoły".

Str. 9, w. 2 i 12 od góry i str. 12, w. 19 od góry: zamiast „Altou" — „Alton".

Str. 15, w. 13 od góry: zamiast „Dr. L. T. Stankiewicz" — „Dr. L. T. Starkiewicz".

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem R. Ferka.

Wolne posady

dla pielęgniarek!

1) **Kobryń.** Województwo Poleskie. Miejski Ośrodek Zdrowia. O warunkach informuje Magistrat. Posada do objęcia od 1 kwietnia 1930 r.

2) **Kutno.** Województwo Warszawskie. Poradnia Przeciwgruźlicza przy Powiatowej Kasie Chorych. Pensja 250 zł., mieszkanie, opał, światło, 13 pensja. Podania kierować do Powiatowej Kasy Chorych w Kutnie. Posada wolna od 1. marca 1930 r.

3) **Lwów.** Ambulatorjum i Poradnia dla urzędników państwowych przy Województwie. Pensja 300 zł. i mieszkanie. Bliższych szczegółów udziela Dr. Głuszkiewicz, Naczelnik Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia we Lwowie.

4) **Otwock pod Warszawą.** Higjena Szkolna. Pensja 240 zł. i mieszkanie. Podanie na ręce Dr. Grabińskiej. Magistrat w Otwocku.

5) **Otwock pod Warszawą.** Sanatorjum Sejmikowe. Pensja 150 zł., mieszkanie i całkowite utrzymanie. Podanie kierować na ręce Naczelnego Lekarza Dr. Martyszewskiego.

6) **Suwałki.** Ośrodek Zdrowia. Pensja 250 zł., mieszkanie, opał, światło. Podanie kierować do Dra Borowskiego, Kierownika Domu Zdrowia w Suwałkach. Posada do objęcia od zaraz.

7) **Kalisz.** Poradnia Przeciwgruźlicza. O warunkach informuje Polski Związek Przeciwgruźliczy, Warszawa, ul. Chocimska 24.

8) **Ostrołęka.** Poradnia Przeciwgruźlicza. Pensja 250 zł. Podania kierować na ręce Dra Karłowskiego, Prezesa Koła Przeciwgruźliczego.

9) **Lwów.** Uniwersytet Lwowsk. Poradnia Przeciwgruźlicza, przy Klinice Wewnętrznej. Podania na ręce Profesora Renckiego U. we Lwowie.

10) **Hołosko.** Sanatorjum Przeciwgruźlicze pod Lwowem. 2 posady: Starsza pielęgniarka i oddziałowa. O warunkach informuje Lwowskie T-wo Walki z Gruźlicą. Ul. Lindego L. 5.

12) **Stryj.**
13) **Tłumacz.**
14) **Horodenka**

Poradnie Przeciwgruźlicze. Podania kierować do Stanisławowa, na ręce Naczelnego Lekarza Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

15) **Żabie.**
16) **Delatyn.**

Ośrodki Zdrowia. Posady do objęcia od 1 lipca 1930 r. (konieczna znajomość prowadzenia poradni przeciwwenerycznej). Podania kierować do Departamentu Służby Zdrowia na ręce p. Babickiej. Warszawa ul. Nowowiejska L. 39.

M. Babicka.